FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1965

THÈSE

N° 346

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice JEAN-BAPTISTE

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 20 Août 1931, à CASE-PILOTE (Martinique)

Présentée et soutenue publiquement le

UN ASPECT DE L'INFECTION A BACILLE DE MALASSEZ ET VIGNAL L'ERYTHEME NOUEUX

A propos d'un cas

Président : Monsieur St. THIEFFRY (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS-VI^e^

1965

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1965 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

Maurice JEAN-BAPTISTE

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 20 août 1931 à CASE-PILOTE (Martinique)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

UN ASPECT DE L'INFECTION A BACILLE DE MALASSEZ ET VIGNAL L'ERYTHEME NOUEUX

A PROPOS D'UN CAS

-:-

Président : Monsieur St. THIEFFRY (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1965

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BINET(L), BULLIARD (H), CADENAT (F), CATHALA (J), CHABROL (E), CHAILLEY-BERT (P), DEBRE (R), FEY (B), GAILLIARD (H), GAUDART D'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LAROCHE (G), LAVIER(G), LELONG (M), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MATHIEU (P), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P), MOUQUIN (M), OLIVIER (E), PASTEUR VALLERY-RADOT (P), PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDELIEVRE (R), QUENU (J), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L), VERNE (J).

DOYEN ..... M. CORDIER (G)

1er ASSESSEUR ..... M. BARGETON (D)
2e ASSESSEUR ..... M. CASTAIGNE (P)

I - PROFESSEURS

1°-CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

	MM.
Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	MALMEJAC (J)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Biophysique médicale	BUGNARD (L) DOGNON (A) DJOURNO (A)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P)
Histologie	GIROUD (A)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	DEROBERT (L)
Microbiologie (bactér.et virol.)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	BRUMPT (L)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)

MM.

Pathologie exotique	N...
Pathologie exp. et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl) BRICAIRE (H)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Path. et Thér. générale	DEPARIS (M)
Pharmacologie	CHEYMOL (J)
Physiologie	PARROT (J) BARGETON (D)
Phys. et Path. obstétricale	LEPAGE (F)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Tech. chir. et Chir. exp.	CAUCHOIX (J)
Thérapeutique	CONTE (M)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M)

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G)
Biochimie médicale	DESGREZ (P) POLONOVSKI (J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J)
Physiologie	DEJOURS (P)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L) GOUGEROT (L)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H)

2° - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

Clinique carcinologique chirurgicale		REDON (H)
Clinique cardiologique		SOULIE (P)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB(J.L.)
	Cochin	LEGER (L)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J)
	Pitié	CORDIER (G)
	Saint-Antoine	GOSSET (J)
	Salpêtrière	SICARD (A)
	Tenon	OLIVIER (Cl)
Clin. de Chir.inf. et orth.		FEVRE (M)
Clin. chir. orth. et traumatol.		MERLE d'AUBIGNE (R)
Clin. de chir. cardio-vasculaire		DUBOST (Ch.)
Clin. de Chir. pleuro-pulmonaire		MATHEY (J)
Clinique endocrinologique		DECOURT (J)
Clinique de Génétique Médicale		LAMY (M)
Clinique gynécologique		HUGUIER (J)

		MM.
Clin. des mal. cut. et syphil.		DEGOS (R)
Clin. des mal. des enfants		TURPIN (R)
Clin. des maladies infectieuses		MOLLARET (P)
Clin. des mal. ment. et de l'encéph.		DELAY (J)
Clin. des maladies métaboliques		HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang		MARCHAL (G)
Clin. des mal. du système nerveux		CASTAIGNE (P)
Cliniques médicales	Broussais	LENEGRE (J)
	Broussais	MILLIEZ (P)
	Sainte-Anne	BOUDIN (G)
	Cochin	BROUET (G)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M)
	Lariboisière	SEZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R)
Clin. d'hydrologie et climatologie		DEBRAY (Ch)
Clin. méd. inf. de pédiatrie sociale		MARIE (J)
Clinique médicale propédeutique		JUSTIN-BESANÇON (L)
Clin. méd.-Soc. du diabète sucré et des maladies de la nutrition		DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie		DAVID (M)
Clinique neurologique		GARCIN (R)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M)
	Foch (Suresnes)	MERGER (R)
Clin. obst. et gynécologique		VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique	Hôtel-Dieu	RENARD (G)
	Cochin	OFFRET (G)
Clin. oto-rhino-laryngologique		AUBRY (M)
Clin. de péd. et de puériculture		N...
Clinique de pneumo-phtisiologie		BERNARD (E)
Clin. de neuro-psychiatrie infantile		MICHAUX (L)
Clin. de rhumat. méd. et soc.		COSTE (F)
Clinique stomatologique		DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale		ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique		GAULTIER (M)
Clinique urologique		ABOULKER (P)
Clinique traumatologique		PADOVANI (F)
Séméiologie médicale		DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirurgicales		POILLEUX (F)
Séméiologie traumatique et orth.		JUDET (R)
Clinique urologique		COUVELAIRE (R)
Hygiène et clin. de la 1ère enfance		N...

b) Professeurs à titre personnel

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A)
Maladies infectieuses	BASTIN (R)

	MM.
Médecine	AZERAD (E) BOUR (H) LAMBLING (A) LHERMITTE (F) PEQUIGNOT (H) PERRAULT (M) SIGUIER (F) WORMS (R)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B)
Rhumatologie	DELBARRE (F)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

	MM.
Anatomie	CABROL (C) COUINAUD (C) GILLOT (C) HUREAU (J)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Melle P) pr. s. ch. ABELANET (R) CHOMETTE (G) GOUYGOU (Ch.) pr. s. ch. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L) PAILLAS (J)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET (Mme) KERN (E) VOURC'H (G)
Bactériologie	BARBIER (P) CHRISTOL (D) DAGUET (G) Le MINOR (L) TOURNIER (P)
Biochimie médicale	BAULIEU (Et) m. conf. BOURILLON (R) CARTIER (P) pr. s. ch. CORNILLOT (P) DREYFUS (J. Cl.) GONNARD (P) JEROME (H) KRUH (J) LEGRAND (J. Cl.) NORDMANN (J)

	MM.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.-P.) BOIVIN(P) HARTMANN (L)
Carcinologie	BOIRON (M) DENOIX (P) MATHE (G) SELIGMANN (M)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)
Dermato-syphiligraphie	CIVATTE (J) DUPERRAT (B) HEWITT (J) TOURAINE (R)
Electro-Radiologie	HEITZ (F) M. Conf. LEDOUX-LEBARD(G)
Embryologie	ROUX (Ch)
Hématologie	BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER(G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G)
Histologie	COUJARD (R) Pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M) RACADOT (J) SCHRAMM (B)
Hydrologie	BESANÇON (F) CORNET (A)
Hygiène	BLANCHER (G) CORRE-HURST(Mme L) ROUSSEL (A) SAPIN-JALOUSTRE(H)
Maladies infectieuses	DUPONT (V) LISSAC (J) RAPIN (M)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B) CROSNIER (J) RICHET (G) SEBAOUN (J)

	MM.
Médecine légale	BOURGUIGNON (A) FOURNIER (E) GUENIOT (M) HADENGUE (A)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-Chirurgie	PERTUISET (B)
Neuro-Psychiatrie	CAMBIER (J) CATHALA (H) ESCOUROLLE (R) GAUTIER (J.-Cl.) LAPRESLE (J) LEREBOULLET (J) PICHOT (P) TARDIEU (G)
Obstétrique	GRANJON (A) HERVET (E) LE LORIER (G) LEVY (J) LEWIN (D) MUSSET (R) ROBEY (M) SENEZE (J) SUREAU (C) TCHOBROUTSKY(Mme C) THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B) BREGEAT (P) DUBOIS (A) FONTAINE (Mme M) SARAUX (H)
Orthopédie	DUPARC (J) MAURER (P) MEARY (R) POSTEL (M) RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J) PIALOUX (P) SERGENT (H)
Parasitologie	GOLVAN (Y) HO THI SANG (Mlle) LAPIERRE (J)

	MM.
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J)
	BINET (J.-P.)
	BLONDEAU (Ph)
	CERBONNET (G)
	CHATELIN (C.-L.)
	DAUTRY (P)
	DEMIRLEAU
	DUBOST (Cl)
	FAUREL (J)
	FLABEAU (F)
	GALEY (J.-J.)
	GARBAY (M)
	GARNIER (H)
	GAUDART-D'ALLAINES
	GERMAIN (A)
	LATASTE (J)
	LOYGUE (J)
	MAILLARD (J.-N.)
	MERCADIER (M)
	NATALI (J)
	PELLERIN (D)
	PERROTIN (J)
	PREMONT (M)
	ROBERT (H)
	THOMERET (G)
	VAYSSE (J)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
Pathologie expérimentale	BERTHAUX (P)
	COTTENOT (Fr)
	LOEPER (J)
	Pr. s. ch.
	MAURICE (J)
	MIKOL (Cl)
	PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale	ACAR (J)
	AUQUIER (L)
	AUSSANNAIRE (M)
	BEAUMONT (J.-L.)
	BERNIER (J.-J.)
	BOUVIER (J.)
	BOUVRAIN (Y.)
	BRISSAUD (H.)
	BROCARD (H)
	BUGE (A)
	CANIVET (J)
	CARLOTTI (J)
	CATINAT (J)

	MM.
Pathologie médicale	CHRETIEN (J)
	CLOAREC (M)
	COBLENTZ (B)
	CONTAMIN (F)
	COURY (C)
	DEBRAY (J)
	ETIENNE (J.-P.)
	FREZAL (J)
	FRITEL (D)
	FUNCK-BRENTANO(J-L)
	GRIVAUX (M)
	HAZARD (J)
	HENNEQUET (A)
	HEMBERT (J)
	HOUSSET (E)
	LAGRUE (G)
	LESOBRE (R)
	LEVEQUE (B)
	MACREZ (C)
	MOREAU (L)
	NENNA (A)
	NICK (J)
	POULET (J)
	ROYER (P)
	TCHERDAKOFF (Ph)
	THIBAULT (Ph)
	TOURNEUR (R)
	VILLIAUMEY (J)
	WOLFROMM (R)
Pédiatrie-Puériculture	ALAGILLE (D)
	ALISON (J)
	CANLORBE (P)
	GORIN (R)
	LAFOURCADE (J)
	LEPERCQ (G)
	LESTRADET (H)
	MALLET (R)
	MINKOWSKY (A)
	MOZZICONACCI (P)
	POLONOVSKI (C)
	REY (J)
	RIBIERRE (M)
	ROSSIER (A)
	VIALATTE (J)
	MANDE (R)
Pharmacologie	BOISSIER (J)
	LECHAT (P)

	MM.
Physiologie	BARRES (G) DURAND (J) GIRARD (Fr) HUGELIN (A) LAURENT (D) SCHERRER (J) Pr. s. ch. VASSEUR (B)
Physique médicale	CHANTEUR (J) COURSAGET (J) GREMY (F) M.conf. MILHAUD (G) PAGES (J.-Cl.) PELLERIN (P) ROUCAYROL (J.C) Pr. s. ch. TUBIANA (M) M.conf.
Pneumo-phtisiologie	DECROIX (G) ISRAEL (L) MEYER (A) RENAULT (P) SORS (Ch)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P) DUCHE (D) FLAVIGNY (H)
Radiologie médicale	DUBOST (J) LEFEBVRE (J) MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P)
Stomatologie	CAUHEPE (J) CERNEA (P) CHAPUT (Mme A) M. c. agr. CREPY (Cl) FLEURY (R) GRELLET (M)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P) FOUET (P) LABET (R) MARCHE (J)
Urologie	AUVERT (J) MOULONGUET (A) QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	RAMBERT (P) THIEFFRY (S)
Clinique obstétricale	GRASSET (J) MAYER (M) MORIN (P)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P)
Clin. péd. et puériculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) Pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE : BOLTANSKI (E), LAUNAY (C)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A)
Conservateurs Melles	DUMAITRE (P) LE NOIR (G) QUIEVREUX (E)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J), FORGET (F) Mlle LAURENT (H), Dr SCHILLER (J)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents défunts

Dont je ne puis traduire l'ampleur des sacrifices

Que mes aînés,
Georges et Edouard

Qui les remplacèrent, à leur mort, trouvent ici, l'expression de ma reconnaissance infinie pour leur jeunesse sacrifiée à l'éducation de leurs frères

A mes Amis que j'aime tant

Monique et Claude

A mon Hugo

A mon Alain

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur St. THIEFFRY

Professeur de la Chaire de Clinique
de Pédiatrie et de Puériculture à
la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette
thèse

En hommage de respectueuse
reconnaissance

A mon Maître,

Le Docteur R. MALLET

Qu'il trouve ici l'expression
de mes sentiments les plus
respectueux et les plus
reconnaissants.

A mon bon Maître,

le Professeur Robert FASQUELLE

Qu'il me pardonne de n'avoir jamais su lui exprimer des sentiments bien plus que reconnaissants. Toutefois qu'il soit assuré que sa gentillesse et sa bonté m'auront marqué de façon indélébile.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Le Professeur LAURENCE

Le Professeur CATHALA

Le Docteur OMBREDANE

Le Professeur JUSTIN-BESANÇON

Le Docteur MALLET

Le Docteur ROSSIER

UN ASPECT DE L'INFECTION A BACILLE DE MALASSEZ ET VIGNAL L'ERYTHEME NOUEUX

A PROPOS D'UN CAS

-:-:-:-

Lorsqu'on se trouve en présence d'un érythème noueux, un problème du plus grand intérêt retient toute l'attention. C'est celui de parvenir, dans la multitude des étiologies possibles, à rapporter cet érythème noueux à sa vraie cause. Pour cela, on est amené à fouiller le passé de son malade, et ceci, dans l'espoir de saisir le moindre indice susceptible d'orienter d'emblée.

En l'absence de tout argument anamnestique valable, il arrive, parfois, que les caractères mêmes de cet érythème noueux : son aspect, sa répartition, les autres symptômes qui lui font cortège, permettent d'evoquer, avant même tout examen de complément, une origine possible.

Pourtant, l'ambiance dans laquelle survient cet érythème noueux - aussi éloquente soit-elle - ne saurait suffire à emporter la conviction. C'est pourquoi, l'on est toujours amené à exiger des preuves radiologiques et surtout, biologiques. Celles-ci, réintégrées dans le contexte clinique de l'érythème noueux ont longtemps permis de ne reconnaître, de façon certaine, que les seuls érythèmes noueux tuberculeux, streptococciques, et médicamenteux.

Mais, l'on soupçonnait, dejà, bien d'autres origines à ce syndrome, de nature vraisemblablement allergique, qu'est l'érythème noueux. Toutes ces origines présumées, furent, en vrac,

classées dans le groupe des erythemes noueux cryptogénétiques, en attendant, qu'à leur tour, elles puissent, un jour, être correctement individualisees, par des criteres biologiques spécifiques.

Grâce aux progrès réalisés dans le domaine de la biologie, du groupe anonyme des érythèmes noueux, purent être identifiés, entre autres, ces dernières années : les érythèmes noueux relevant d'une maladie de Nicolas et Favre, d'une réticulose bénigne d'innoculation, d'une infection par bacille de Malassez et Vignal.

C'est cette dernière éventualité que nous nous proposons d'étudier ici, à propos d'une observation d'érythème noueux dû à ce germe. Cet érythème noueux fut reconnu et traité dans le service de notre Maître, le Docteur MALLET, à l'Hôpital des Enfants Malades à Paris.

Pour la première fois, en 1962, R. MORGER attirait l'attention sur cette nouvelle cause d'erythème noueux, dans une observation publiée dans la revue Praxis (1962, 51, pp.142-144).

Le bacille de Malassez et Vignal, ou Pasteurella pseudo tuberculosis, semble aujourd'hui largement connu en pathologie humaine. Ce n'est pas tellement pour les rares septicémies gravissimes dont il est responsable, qu'il a accédé à la notoriété. On le retrouve, surtout, à l'origine de divers troubles digestifs, d'aspect pseudo-appendiculaires, chez l'enfant. Ce sont, surtout, eux qui inquiéterent, ces derniers temps, médecins, pediatres et chirurgiens.

A la suite de l'observation princeps de R. MORGER, d'autres auteurs, notamment, en France H.H.MOLLARET, vinrent dénoncer le bacille de Malassez et Vignal comme une cause possible d'erythème noueux.

Il est, actuellement, admis par tout le monde, que le bacille peut engendrer, rarement, mais de façon certaine, en clinique, un érythème noueux. C'est ainsi que H.H. MOLLARET fut amené à suggérer "devant tout érythème noueux dont l'origine resterait discutable, de rechercher d'une part, à l'aide de la sérologie et de l'intradermoréaction, des signes d'infection par le bacille de Malassez et Vignal ; d'autre part, l'existence passée de manifestations douloureuses dans la fosse iliaque droite, tant chez le malade, que dans son entourage".

L'observation qui sera rapportée, ici, justifie pleinement pareille attitude. Mais, avant que de la présenter, il convient de rappeler, succinctement, l'histoire de l'agent responsable : le bacille de Malassez et Vignal, ou Pasteurella pseudo-tuberculosis. Celui-ci, tend actuellement à occuper, en pathologie humaine, une place de plus en plus grande.

Le bacille est decouvert, en 1883, par Malassez et Vignal. Ceux-ci provoquent une affection ganglionnaire généralisee, rapidement évolutive chez le Cobaye. L'animal fut inoculé avec un broyat d'un nodule cutané prelevé chez un enfant mort par suite de méningite tuberculeuse. Cette affection du Cobaye ne s'avérait en rien comparable à la tuberculose de l'animal judicieusement espérée par les expérimentateurs. Ceux-ci crurent, d'abord, avoir transmis une nouvelle forme de la maladie humaine à l'animal. Celle-ci fut dénommée "pseudo-tuberculose" Mais, par la suite, le germe responsable de ces incohérences expérimentales, fut isolé et étudié par Malassez et Vignal. Celui-ci révéla ses caractéristiques propres, parmi lesquelles, les auteurs retinrent sa faculté d'entraîner, chez le Cobaye, une généralisation mortelle.

Le bacille de Malassez et Vignal n'avait donc rien à voir avec le bacille tuberculeux. Mais encore, il se montrait, par ses caracteres, bien distinct des para-tuberculeux. En effet, le bacille n'est pas acido-alcoolo-résistant, il ne s'agit pas d'un myco-bacterium , mais d'un bacille gram négatif. Une autre erreur a consisté à le ranger dans le genre des Pasteurella. Le bacille de Malassez et Vignal ne présente, avec les germes de ce groupe, qu'une simple ressemblance morphologique. Et, au total,H.H. MOLLARET et P. BERTHON ne retiennent uniquement plus que l'appellation de bacille de Malassez et Vignal. Pareille attitude se justifie par le souci qu'ont ces auteurs, de mettre fin à certaines confusions ayant, parfois, entraîné des erreurs thérapeutiques.

Pendant longtemps l'on n'a connu de l'infection à bacille de Malassez et Vignal, que les formes septicémiques gravissimes, mais heureusement exceptionnelles.

Certes, en 1910, ALBRECHT publiait la premiere observation d'une forme localisée de l'infection humaine, par le bacille. Mais, ce ne fut que 40 ans plus tard, que deux auteurs allemands, KNAPP et MASSHOFF, donnerent toute son importance à l'observation d'ALBRECHT. Ils la sortirent de l'oubli, en signalant, à leur tour, la fréquence des formes ganglio-abdominales de la maladie humaine par bacille de Malassez et Vignal. Ces formes ganglio-abdominales captaient, dès lors, toute l'attention des chirurgiens, notamment des chirurgiens d'enfants. En effet, chez les enfants, l'infection à bacille de Malassez et Vignal entraîne une adénite mésentérique aiguë. L'aspect clinique le plus fréquent de ces adénites, est celui d'une appendicite aiguë. Mais il y a d'autres aspects. Soit celui de l'invagination intestinale aiguë causee par un ganglion mésenterique,

soit les formes simulant une fièvre typhoïde ou une entérite aiguë ou chronique, et les formes posant le probleme diagnostique d'une tumeur de la fosse iliaque droite (formes pseudo-tumorales). Ces formes doivent être connues du chirurgien, car, toute exérèse, toute opération mutilante peut être inutile : les problèmes diagnostiques peuvent être aisément résolus, en particulier dans les formes parfois angoissantes, lorsqu'elles simulent une tumeur maligne, par l'intradermoréaction à l'antigène specifique et le sérodiagnostic.

Le bacille de Malassez et Vignal a donc amplement mérité l'attention croissante qu'il a suscitée ces dernières années. Bon nombre d'auteurs parmi lesquels, en France G. GIRAUD, LEGER de Bordeaux, H.H. MOLLARET et Collaborateurs, contribuerent, par leurs observations et leurs travaux, à le mieux faire connaître.

L'on sait, aujourd'hui, que l'infection par le bacille de Malassez et Vignal s'exprime, en clinique de façon polymorphe. En général, elle se denonce notamment, chez le sujet jeune, par un tableau digestif pseudo-appendiculaire. Mais à côté de cette forme typique, existent, non seulement les rares formes septicémiques mortelles déjà signalées, mais encore, des formes oculaires, pulmonaires, et aussi, l'érythème noueux, expression rare, mais authentique de l'affection. Cette éventualité, signalée par R. MORGER, fut reprise par H.H.MOLLARET. Il en rapporta 5 cas dans le premier mémoire consacré à ce probleme. Puis, il en signala 2 autres, dans l'epidémie scolaire décrite avec P. BERTHON. D'autres publications vinrent, par la suite, étayer ces premières observations.

Puisse la nôtre, par sa singularité, érythème noueux d'allure primitive, non accompagné de phenomènes digestifs, contribuer à mieux se familiariser avec cet aspect rare, mais authentique, de l'infection par bacille de Malassez et Vignal.

-:-

OBSERVATION
-:-

Michel ESP..., 12 ans, né le 25.9.52
Entre dans le Service du Docteur MALLET, aux Enfants Malades, le 15.7.64 pour :

un érythème noueux des membres inférieurs apparu le 12.7.64

Ses antécédents sont tout à fait banals.
Il est intéressant de souligner qu'il a reçu le BCG en janvier 63, après qu'une intradermo-réaction à 10 unites, pratiquée peu de jours avant, se soit montrée négative.

En janvier 64, un contrôle du BCG est fait, par intradermo-réaction à 10 unités, celle-ci se révèle normalement positive.

L'enfant n'a présenté, dans les jours précédant son hospitalisation, aucune maladie infectieuse imputable à une streptococcie. Dans son passé, lointain, on ne note que varicelle et coqueluche.

Le BCG a été pratiqué, semble-t-il, de façon systématique, car l'on ne retrouve aucune notion de tuberculose dans son entourage.

Et, chez Michel qui habite Paris, avec ses parents, concierges, deux soeurs bien portantes, on ne retrouve aucun trouble digestif insolite.

Bien que l'on n'ait aucune idée des animaux vivant dans l'entourage de Michel (chat) l'on sait que l'enfant occupe au dernier étage de son immeuble une chambre où l'on peut supposer que Rats et Souris peuvent transiter.

L'enfant a présenté, 3 semaines auparavant un abcès dentaire, de vagues douleurs auriculaires qui lui sont habituelles. Quoi qu'il en soit, rien n'a suscité une prise médicamenteuse suspecte. Il n'aurait reçu qu'un peu de vermifuge Lune pour oxyures (1 cas).

Le 11.7.64 :

- Michel se plaint d'avoir mal à la gorge,
- il est fatigué,
- non fébrile,

Le lendemain :

- les membres inférieurs sont douloureux,
- le père constate une plaque rouge, inflammatoire, sur le membre inférieur droit,
- cette plaque, dans la journée, ne restera pas isolée et, en 24 heures, d'autres apparaîtront sur toute la face antérieure du membre inférieur droit, et le lendemain interesseront également le membre inférieur gauche.
- le même jour, la fièvre s'est installée à un degré non précisé.

Au 3ème jour de l'éruption, l'enfant est placé, sur les conseils de son medecin habituel, en milieu hospitalier.

A son entrée, l'on note :

- une fièvre à 39°3,
- un érythème noueux intéressant les faces d'extension des deux membres inférieurs,
- son aspect frappe d'emblée, car les éléments sont :
  - . indurés,
  - . douloureux spontanément, et plus encore à la pression,
  - . surtout, ils revêtent un aspect très inflammatoire , pseudo-phlegmonneux.
- il existe de petits ganglions inguinaux, tandis que les autres aires ganglionnaires sont libres,

- l'abdomen est souple, le foie et la rate non perçus,
- il n'existe pas de douleur provoquée au point de Mac-Burney, dans la fosse iliaque droite,
- l'examen pulmonaire, cardiaque est normal,
- la gorge rouge témoigne d'une angine érythémateuse, sans plus,
- le reste de l'examen est négatif.

Au total :

- en présence de cet erythème noueux d'aspect très nettement inflammatoire, on rejette l'hypothèse d'un virage de cuti avec d'autant plus de force que les antécédents vaccinaux autorisent cette attitude,
- et l'on évoque une origine infectieuse,
- l'enfant est mis sous pénicilline et un bilan multidirectionnel est demande, dont voici les résultats en fonction des diverses étiologies possibles envisagées :

1 - D'abord, pour en finir avec la tuberculose BCG - patch, et IDR à 10 unités furent normalement positifs. La radio thoracique fut normale.

2 - La NFS du 16.7 a montré :

. une leucocytose à 20.000 - 57 PN - 1 ⟶E 18 L - 18 GL - CM
. pas d'anémie : 4.420.000 GR
. prélèvement de gorge, avec recherche de S. H. négatif :
des germes banals - staphylo
- pas de bacille diphtérique,
- bacilles gram négatifs
la culture a fait pousser 1 proteus
. la VS fut à 40 à la 1ère heure, 82 à la 2ème heure,
. les antistreptolysines à 160 unités,
. le culot urinaire, normal

. l'hémoculture en aéro, anaérobiose négative le 18.7.64

Au terme de ce premier bilan :

- en présence de cet érythème noueux tres inflammatoire, et pour lequel,

a) toute origine tuberculeuse était définitivement écartée, en raison de :

- la cuti positive depuis au moins 6 mois, à peine positive, dans le service, et non hyperergique comme il est de regle dans les virages avec érytheme noueux.

la graphie pulmonaire normale.

b) Toute suspicion streptococcique n'etait à retenir, en raison des taux bien bas des antistreptolysines ; l'absence d'un contexte clinique et biologique habituel.

c) L'absence de prise médicamenteuse susceptible d'expliquer l'apparition de l'érythème noueux : pas de médication sulfamidée, type sulfathiazol.

L'on évoquait la possibilité d'une infection par bacille de Malassez et Vignal, et orientait les recherches biologiques en ce sens.

Le 21.7.64 :

. un premier prélèvement sanguin est effectué, pour étude serologique,
. ce sérodiagnostic se revelera positif à 1/5.000 pour le type I du bacille de Malassez et Vignal,
. une semaine plus tard, le 30.7.64, il sera encore positif à 1/2.000 pour le même type du bacille.

La preuve de l'infection à bacille de Malassez et Vignal était faite de façon certaine,

d'autant que l'intradermoréaction à l'antigène spécifique se montrait, elle aussi, tres positive.

En effet, le 17.7.64

L'éruption atteignait son acmé, elle s'accompagnait d'une température à 38°5

3 jours après, le 20.7.64 :

Elle diminuait très nettement, tant du point de vue de son extension, que de celui de l'intensité de sa coloration,
La température revenait à 36°4

Si bien que, le 22.7.64

En même temps que l'étude sérologique, l'intradermoreaction à l'antigène du bacille de Malassez et Vignal était pratiquée. Celle-ci donnait une réaction tres positive, presque phlycténulaire et prurigineuse.

Dès le lendemain 23, il apparaissait une nouure au niveau de l'injection intradermique.

L'on n'a pas noté de reactivation de l'érythème noueux des membres inférieurs, les jours suivants, ni de recrudescence thermique.

Mais le 24.7 :

Extension de la nouure au niveau de l'injection intradermique, avec phlyctène centrale ; entourée d'une aréole érythémateuse avec traînée lymphangitique, et augmentation du volume du ganglion épitrochléen satellite.

Le lendemain :

Ces manifestations cliniques perdaient en intensité, pour disparaître, totalement, les jours suivants ; si bien que :

Le 29.7, au moment du 2ème prélèvement :

L'enfant était totalement guéri,
après avoir reçu pendant 6 jours 2 M d'unités de pénicilline, chaque jour.

En conclusion :

- En présence de cet érythème noueux d'aspect pseudo-phlegmoneux, chez un garçon de 12 ans,

- après avoir écarté une origine :
  . tuberculeuse,
  . streptococcique,
  . ou toxiallergique,

la preuve de l'étiologie infectieuse, par le bacille de Malassez et Vignal, fut faite grâce à deux examens fondamentaux :

. la séroagglutination, très nettement positive, à un taux élevé, pour le type I du bacille, et à 2 examens successifs,
. l'intradermo-réaction à l'antigène spécifique, elle aussi, particulierement positive suggérant l'idée d'une hypersensibilisation du sujet.

L'association, dans le temps, de ces deux examens, et leur positivité simultanée, n'a laissé place à aucun doute quant à l'existence d'une infection en cours, par le bacille de Malassez et Vignal.

Cette observation suscite, en se referant à ce qu'il est actuellement connu de l'infection par le bacille de Malassez et Vignal, quelques commentaires, et l'ébauche d'une synthèse visant à grouper brièvement ce qu'il convient de savoir, quant à la place qu'occupe, actuellement, cette infection en pathologie humaine.

-:-

LE GERME

-:-

Nous avons vu comment le germe fut isolé, pour la première fois, en 1883 par MALASSEZ et VIGNAL.

Bien différent des pseudo- et para-tuberculeux, et malencontreusement groupé dans le genre des Pasteurella, il convient, à l'instar de H.H. MOLLARET et P. BERTHON de rejeter la dénomination Pasteurella pseudo-tuberculosis pour ne retenir que l'appellation de bacille de Malassez et Vignal.

C'est un germe Gram négatif dont les caractères bactériologiques sont les suivants :

. immobilité à 37°, mobile à 28.
. culture en eau de levure et sur pomme de terre, voile en eau peptonée,
. il attaque en 24 heures, les substances hydrocarbonées suivantes : rhamnose, xylose, arabinose, glucose, galactose, lévulose, mannose, maltose, tréhalose, melibiose, amidon, glycérol, mannitol, esculine et arbutine.
. absence d'action sur : sorbose, lactose, saccharose, cellobiose, raffinose, inuline, dextrine, sorbitol, dulcitol, inositol et salicine.
. réaction de Voges-Proskauer négative,
. réaction au rouge de méthyl positive,
. galactosidase + ; catalase + ; oxydase 0
. réduction des nitrates
. absence de pouvoir protéolytique, de production d'indole et de H_2S

. décomposition rapide de l'urée,
. production rapide d'acide nitreux,
. bleuissement du petit lait tournesolé
. il est lysé par le bactériophage.

Il est facilement inoculable au Cobaye qui fait, nous l'avons vu, une généralisation mortelle. Mais, cet animal s'avere aussi être un éventuel porteur de germes. Aussi, l'on préférera toujours, dans la recherche du germe, la culture à partir de produits pathologiques, plutôt que l'inoculation à l'animal.

Le germe lui-même sera étudié au point de vue sérologique, et sera classé par séro-agglutination dans un des cinq sérotypes actuellement connus, dont le type I est le plus fréquent.

Quant à l'isolement du bacille de Malassez et Vignal, celui-ci s'avere assez facile. En pathologie humaine, c'est, en général, à partir de ganglions prélevés au cours d'une intervention pour un tableau appendiculaire qu'il est pratiqué. Encore, faut-il que le chirurgien soit suffisamment averti des conditions techniques requises, afin que la culture du germe offre les plus grandes chances de pousser. En effet, le materiel ne doit jamais être fixé, mais expédié rapidement au laboratoire, autrement dit, dans des conditions de fraîcheur optima.

Les colonies ainsi obtenues, sont, en général, abondantes, le germe poussant tres facilement.

En pratique, pareil isolement s'avère d'un grand intérêt. Si, dans l'observation qui nous a concerné, d'érythème noueux à bacille de Malassez et Vignal, les problèmes pronostiques demeurèrent, et demeurent, en général, simples, il est des souches microbiennes qui résistent

au traitement habituel par la streptomycine, le chloramphénicol. C'est dans ces formes que l'isolement et le test de la sensibilité du germe s'avèrent indispensables.

Ailleurs que dans les ganglions, il est bien rare de pouvoir isoler le bacille :

- l'hémoculture est retrouvée quelquefois positive, non seulement dans les formes septicémiques, mais aussi une fois, dans une adénite mésenterique au 16ème jour après l'opération. C'est dire que l'hemoculture meriterait d'être systématiquement pratiquée, et de façon répétée, dans tous les cas d'infection à bacille de Malassez et Vignal.

Chez notre petit malade, elle est restée négative.

La coproculture est, en général, négative. Mais, c'est un examen, à ne jamais négliger, surtout quand le malade n'a reçu aucun antibiotique. Chez Michel, elle fut négative.

L'uroculture, pour certains, se montre parfois positive. Mais, c'est davantage le fait des formes généralisées, ou en cas de décharges bactériémiques. Chez Michel, elle n'a rien donné.

Citons le prélèvement de gorge, où il est bien rare de pouvoir saisir le bacille. Une théorie qu'on doit à OLT, a voulu voir dans les cryptes amygdaliennes, un repère idéal de germes. Ceux-ci y coloniseraient volontiers, provoquant comme dans la maladie de Michel, une angine. Par la suite, les germes déglutis iraient, à partir du gite rhinopharyngé, provoquer des dégâts mésentériques et la symptomatologie clinique qui s'y rattache. Dans la forme de l'infection qui nous a préoccupé, notre malade a bien présenté une

angine, un érythème noueux, aucune manifestation digestive. Faut-il penser, à l'appui de cette théorie que, chez Michel, le germe n'a pas franchi la premiere étape de façon efficace ? Quoi qu'il en soit, dans toute infection par le bacille, un prélèvement de gorge s'avère utile, ne serait-ce que pour vérifier, en partie, cette théorie.

-:-

EPIDEMIOLOGIE

-:-

Beaucoup d'incertitudes demeurent, quant à l'épidémiologie de l'infection à bacille de Malassez et Vignal. Les statistiques, néanmoins, concordent sur un certain nombre de faits.

C'est en règle, une affection du sujet jeune. En général, les malades atteints, se situent entre 3 et 17 ans. Michel ESP..., 12 ans, ne déroge pas à la regle, tout comme il semble justifier:

- la prédominance de l'infection, dans le sexe masculin,

- par contre, c'est en général au printemps, et en automne, que survient la maladie, et en milieu rural. Il est rare, mais non exceptionnel, de la voir survenir en dehors de ces saisons - en juillet, comme dans le cas de notre petit malade - autrement dit, en dehors des saisons froides et humides.

Il convient de mentionner le caractère parfois épidémique de l'affection. H.H. MOLLARET et P. BERTHON ont signalé, dans un mémoire consacré à ce sujet, une épidémie à bacille de Malassez et Vignal, observée dans un collège. Il est de même courant d'observer de véritables formes familiales. Parmi les 5 observations rapportées par H.H. MOLLARET dans un mémoire sur l'érythème noueux par bacille de Malassez et Vignal, les deux premières concer-

naient un frère et une soeur : la quatrième le frère d'un garçon opéré pour un tableau pseudo-appendiculaire dû, en fait, à une adénite mésentérique aiguë, par bacille de Malassez et Vignal . Cette étiologie fut authentifiée grâce à l'isolement du germe, à partir d'un ganglion prélevé chez l'operé ; tandis que l'intradermoréaction, et la sérologie se montraient positives, chez les deux enfants. Aussi, en milieu d'infestation, tout érythème noueux, toute manifestation abdominale insolites doivent faire évoquer une origine commune. Il est même des formes cliniquement muettes, décelées par la seule sérologie, systematiquement pratiquée dans l'entourage des sujets atteints. La positivité de celle-ci, à des taux parfois élevés d'anticorps correspondant au même type que celui du malade, autorise pleinement à parler de formes inapparentes de la maladie. Dans l'entourage de Michel, pareille enquête n'a rien révelé.

La contamination se fait, le plus souvent, par voie digestive. Presque tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Cependant, d'autres portes d'entrées apparaissent possibles pour certains :

- la voie rhino-pharyngée. Et l'hypothèse soulevée par OLT, et dejà signalee plus haut, faisait grand cas de cette voie.

- Il faut encore citer :
  . la voie respiratoire, pour PILET et Coll.,
  . les voies conjonctivale , per-cutanée , à l'occasion de lesions diverses, types griffades, morsures.

Car, quelle que soit la porte d'entrée, la contamination semble d'origine animale. Le Chat a pu, à plusieurs reprises être incriminé comme agent de transmission entre les rongeurs - Rats et Souris - lesquels constituent des ré-

servoirs naturels du germe, et l'homme. D'autres espèces animales peuvent se comporter comme des porteurs sains.

Même si le germe n'a jamais pu être découvert dans le milieu extérieur, l'on ne peut attribuer les petites épidémies humaines, qu'à un mode de contamination indirect , par exemple par objets souillés par les dejections de souris ou de rats. Il est permis, d'evoquer pareille éventualité chez Michel, en l'absence d'autres arguments plus satisfaisants pour l'esprit.

Nombre d'incertitudes planent quant aux facteurs nécessaires à l'éclosion de la maladie. Certains semblent liés aux souches microbiennes, d'autres aux organismes récepteurs.

-:-

CLINIQUE

-:-

L'érythème noueux, isolé, sans troubles digestifs, est une manifestation rare, mais bien connue, de l'infection par bacille de Malassez et Vignal. D'autres observations, semblables à la nôtre, furent signalées récemment, telle celle du Professeur LAPLANE.

Dans ces cas-là, le problème posé au clinicien, reste toujours celui de l'étiologie d'un érythème noueux, d'allure primitive.

Il importe toujours, en pareil cas, d'éliminer une origine tuberculeuse, dont la fréquence n'est plus celle de naguère ; car l'endémie tuberculeuse semble, actuellement, en nette régression. Toutefois, chez un sujet jeune, il est indispensable d'evoquer systématiquement cette etiologie, devant tout érythème noueux, et demander les enquêtes cliniques, radiologique et biologique nécessaires.

L'on sait actuellement que les statistiques concordent pour incriminer la tuberculose dans 58 à 60 p.100 des érythèmes noueux. C'est dire qu'une enquête négative, chez un sujet porteur de cette affection, ne saurait étonner. Mais, au contraire, il faut savoir orienter les recherches étiologiques vers les autres causes possibles d'érythème noueux dont la fréquence va croissant, comme en font foi les travaux de SVEN LOFGREN.

On s'empressera, également, d'écarter un erythème noueux de nature toxi-allergique. Il

faut bien verifier que le malade n'a reçu aucune médication suspecte, notamment sulfamidee les jours précédents. L'on sait que le sulfathiazol est un grand pourvoyeur d'érythèmes noueux, et sa responsabilité s'avère, grâce à une bonne enquête, facile à affirmer ou infirmer.

En dehors des erythèmes noueux toxiques, la grande majorité des erythèmes noueux, non tuberculeux, sont de nature infectieuse. Avec ces derniers, leur point commun, est de présenter parfois un aspect pseudo-phlegmonneux.

C'est ainsi que, l'on pense, devant un érythème noueux de ce type, à l'etiologie streptococcique. C'est la plus habituelle, en pareil cas. Parfois, des manifestations du type rhumatismal, lui font cortège. Aussi, devant tout érythème noueux de nature infectieuse, l'enquête étiologique doit comporter une recherche de ces manifestations, en même temps que numération formule sanguine, vitesse de sédimentation, dosage des antistreptolysines seront pratiquées, afin de s'assurer que l'érythème noueux n'entre pas dans le cadre important des erythèmes noueux streptococciques.

Et au total, en presence de tout erythème noueux ne faisant pas de façon certaine la preuve de ses origines il est de bonne regle d'évoquer, entre autres causes possibles, en même temps qu'une maladie de Nicolas et Favre, une réticulose benigne d'inoculation (ou maladie des griffes du Chat), une infection par le bacille de Malassez et Vignal ; et demander, en consequence dans ce dernier cas, une étude serologique, et une intradermoréaction.

Pareille démarche permit, chez Michel ESP..., de parvenir aisément au diagnostic...

En général, l'érythème noueux secondaire à une infection par bacille de Malassez et Vignal, se denonce de façon moins insolite. Le plus souvent, c'est dans un contexte fait de troubles digestifs qu'il survient. Et le tableau qu'il réalise est actuellement suffisamment évocateur, pour suggérer, presque aussitôt, les recherches sérologiques.

Nous emprunterons les deux premiers cas du mémoire d'H.H.MOLLARET, pour illustrer, par l'exemple, l'aspect que revêt, typiquement, l'érythème noueux par bacille de Malassez et Vignal. L'on remarquera le cortège de troubles digestifs pseudo-appendiculaires trompeurs, ayant conduit, dans l'un des cas, à l'intervention, par mesure de prudence. Ces observations concernent un frère et une soeur le premier ayant été opéré dans le service du Dr. P. L. CHIGOT :

1) J.C. PEN..., 12 ans, a présenté :

- le 11.3.61
  . des douleurs abdominales, intermittentes
  . une fébricule à 38°
  . une défense nette au niveau de la fosse iliaque droite
- Lors de l'intervention, on trouve :
  . une sérosité claire péritonéale,
  . un appendice congestif, rétrocaecal et sous-séreux,
  . un caecum oedématié, tres rouge,
  . le grêle terminal est succulent, atone.

- Une très grosse masse ganglionnaire, mésentérique, faite de ganglions inégaux, noyés dans de la périadénite, et siégeant dans la région iléo-caecale.

- L'un des ganglions, le plus gros (de la taille d'une prune), est truffé de micro-abcès.

- Ces ganglions remontent jusqu'à la racine du mésentère.

- Le 13.3, 48 heures après l'opération, survient un erythème noueux des membres inférieurs.

- Les 17 et 29.3, la sero-agglutination s'avère positive au 1/500 pour le type I du bacille de Malassez et Vignal.

- Le 14.4, elle atteint un taux de 1/1000 et le 8.6, un taux de 1/200
L'intradermoréaction à l'antigène spécifique est très nettement positive.

- Quant à la cuti-réaction tuberculinique, elle est négative.

- Et après une semaine de traitement par :
streptomycine : 1 g par jour
penicilline : 2 millions
l'éruption s'efface totalement, et définitivement.

Chez la soeur, Marie-France PEN..., 10 ans, survient :

- le 11.3.61 également :
des douleurs abdominales vagues,
pas d'intervention

- le 12.3,
un erythème noueux des membres inférieurs.

- le 20.3,
la NFS donne : 4.400 GB - 47 PN - 32 GL - 8 L - 4 E - 9 M
la VS est à 20.44.101
les ASL à 320 U

Le 29.3, la séroagglutination du bacille de Malassez et Vignal est positive au 1/200 pour le type I
le 14.4, elle est positive au 1/500
le 8.6, elle est positive au 1/50

L'intradermoréaction à l'antigène du bacille est également très positive le 8.6.

Tels apparaissent, en general, les deux aspects que peut revêtir l'infection à bacille de Malassez et Vignal, quand elle comporte, dans son expression clinique, un érythème noueux.

1 - Le plus souvent, des signes cutanés, installés au décours de troubles abdominaux plus ou moins aigus, lesquels font suspecter fortement leur origine.

2 - Plus rarement, des signes cutanés, isolés, dont la nature est plus difficile à préciser.

Dans les deux cas, c'est en faisant appel à une double enquête serologique et dermique par l'intradermoréaction, que la preuve étiologique est obtenue, de façon certaine. C'est grâce à cette enquête que l'on distinguera, également, l'érythème noueux par bacille de Malassez et Vignal, d'une autre forme d'erythème noueux due à un germe de connaissance récente. Ce germe est très voisin du bacille de Malassez et Vignal, non seulement du point de vue bactériologique, mais encore par les tableaux cliniques analogues dont il se rend responsable : septicémiques, entéritiques, mésentériques, etc... Il est connu sous les appellations provisoires de Pasteurella "x", ou encore, de germe "x" ou enfin de Yersinia entérocolita.

Nous avons dit que l'érythème noueux restait une expression rare de l'infection à bacille de Malassez et Vignal. Parmi les aspects que revêt, plus frequemment, la maladie, il convient de mentionner :

I - Les formes septicémiques

Pendant longtemps, la forme généralisée fut la seule connue de l'infection par bacille de Malassez et Vignal.

Si l'on en juge par le nombre de cas publiés jusqu'ici, cette forme s'avère d'une grande rareté.

Elle est l'apanage de l'adulte, plus fréquente chez le sujet âgé, le sujet taré.

H.H. MOLLARET et Coll. viennent de rapporter dans la Presse Médicale du 28.X.64, une belle observation qui met bien en lumiere les caractéristiques de cette forme qui s'avère :

- d'un diagnostic très difficile, souvent méconnue, c'est une découverte d'autopsie,

- ailleurs, c'est l'hémoculture qui l'authentifie, que ce soit dans
  . sa forme gravissime, septicotyphoïdique toujours mortelle,
  . ou dans une de ses formes dégradées dont il faut souligner le polymorphisme, abcès du foie, méningo-encéphalite, infection urinaire, etc...

Ces formes jouissent d'un préjuge favorable car habituellement curables par la streptomycine et le chloramphénicol.

II - Bien plus fréquentes sont les formes lymphoganglionnaires, à type d'adénite mésentérique aiguë.

Ce sont elles qui justifient toute l'importance accordee recemment à l'étude de l'infection à bacille de Malassez et Vignal.

Depuis plus de dix ans, elles retiennent l'attention de médecins, pédiatres et chirurgiens par les problèmes ardus, tant diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques qu'el-

les leur posent. Sur le plan diagnostique, l'adénite mesentérique aiguë, notamment chez l'enfant relève de causes variées :

. virale (adéno-virus^{++})
. bacille typhique (CATHALA et Coll.)
. toxoplasmose,
. pyogènes divers.

C'est dire que le seul tableau abdominal réalisé par l'adénite mésentérique aiguë à bacille de Malassez et Vignal pose dejà d'intéressants problèmes etiologiques.

Mais c'est au chirurgien, que l'infection réserve les plus grandes difficultés diagnostiques. Par certains de ses aspects, elle peut poser de délicats problèmes thérapeutiques.

Non pas dans sa forme occlusive, apanage des petits enfants, et traduite par une invagination intestinale aiguë et fébrile. Ici, l'intervention de désinvagination se justifie pleinement, sous couverture antibiotique.

Et, même dans la forme habituelle, avec son tableau pseudo-appendiculaire, les craintes de laisser évoluer une appendicite vraie, avec son avenir chargé de risques d'abcédation et de peritonite, expliquent que l'intervention de prudence soit toujours pratiquée.

C'est d'ailleurs de cette intervention même que sont tirés les enseignements les plus riches. Bien souvent, elle permet de constater une petite serosité péritoneale, un appendice sain ou, à peine congestif, et surtout, de volumineux ganglions pouvant atteindre le volume d'un oeuf de pigeon. Ceux-ci occupent, souvent, le mésentère jusqu'à sa racine. Le prélèvement d'un de ces ganglions, aussitôt envoyé au laboratoire, en évitant bien de le

placer dans un liquide fixateur, permet, à la fois des constatations anatomiques, pour certains spécifiques, et parfois, l'isolement du germe, après culture.

Mais, il arrive que les ganglions mésentériques puissent atteindre le volume d'un poing d'enfant, voire celui d'une orange. C'est dans ces cas que l'on a parlé de formes pseudo-tumorales.

C'est dans ces formes où, devant de volumineux paquets ganglionnaires, d'aspect malin, tant macroscopiquement que sur des coupes d'interprétation difficile, que le chirurgien peut être conduit à des interventions mutilantes. Une meilleure connaissance de l'infection à bacille de Malassez et Vignal et, notamment, des formes pseudo-tumorales qu'elle peut réaliser, implique, en leur présence, de façon impérative, une étude simultanée de la sérologie et de l'intradermo-réaction du malade, à l'antigène du bacille de Malassez et Vignal. En cas d'infection par le bacille, c'est en quarante huit heures que la réponse est donnée, et, le chirurgien libéré de ses angoisses thérapeutiques et pronostiques.

Pour en finir avec les formes abdominales, il convient de mentionner que des tableaux, les plus divers, peuvent se voir : pseudo-typhoïdique, gastro-intestinal, colitique, notamment chez l'adulte.

Enfin, l'infection à bacille de Malassez et Vignal peut encore donner :

- exceptionnellement des localisations pulmonaires, celles-ci revêtent fréquemment, un aspect de peste pulmonaire,

- des formes oculaires qui réalisent une conjonctivite phlycténulaire avec grosse ré-

action ganglionnaire pétragienne. C'est le syndrome oculo-ganglionnaire de Parinaud.

- Des formes polyadénopathiques où l'on peut observer isolés ou associés aux tableaux précédents :

. des adénopathies cervicales,
. des adénopathies médiastinales donnant une image radiologique "en cheminée".

Des formes spléniques enfin.

-:-

EXAMENS BIOLOGIQUES

-:-

Nous tenons ici, à remercier chaleureusement Monsieur H.H.MOLLARET pour les bons conseils qu'il nous a prodigues, et sa collaboration toute empreinte de courtoisie. C'est à lui, et à son Service, à l'Institut Pasteur, que nous devons les conclusions biologiques rapides et probantes qui permirent notre diagnostic de certitude.

Les examens biologiques revêtent une importance capitale. Sans eux, il est illusoire de faire le diagnostic d'infection à bacille de Malassez et Vignal.

Certes dans la forme abdominale, en cas d'intervention, le prélèvement ganglionnaire permet parfois des constatations anatomiques voire bactériologiques essentielles.

Mais en cas d'erythème noueux, ou d'une toute autre forme de l'infection dans laquelle cet érythème noueux peut se trouver intégré, les deux critères majeurs apportant la certitude diagnostique sont :

. la seroagglutination,
. l'intradermoréaction.

L'hémogramme montre une leucocytose avec polynucléose,

La vitesse de sédimentation est accélérée, et des chiffres élevés, pour certains, ne seraient pas rares,

Il faut citer le prélèvement de gorge et la coproculture. Ces examens doivent être systé-

matiques, bien qu'en pratique, il ne faille rien espérer, car, bien souvent, le malade, en ce qui concerne la coproculture surtout, a été soumis à un traitement antibiotique.

Plus que l'uroculture, les hémocultures doivent être repétées. On a parfois la chance de saisir une décharge bacteriemique. Et quelquefois, au cours de l'infection, des hémocultures se sont avérées positives, en dehors de toute phase septicémique.

Dans tous les cas, les deux examens clé du diagnostic restent :

- la séroagglutination,
- l'intradermoréaction à l'antigène spécifique.

Ils seront toujours simultanément exigés, car, outre leur valeur diagnostique, ils permettent de préciser à quelle phase de l'infection on se trouve. En outre, la baisse des anticorps s'avère un excellent test de guérison, et présente donc une réelle valeur pronostique.

A) La sérologie :

Nous éviterons de rentrer ici dans les détails techniques d'une sérologie parfaitement étudiée par nombre d'auteurs, parmi lesquels, il convient de citer Knapp.

Nous rappellerons, toutefois, la spécificité de cette sérologie. Celle-ci, confère au sérodiagnostic, une valeur irremplaçable. Mais, des réactions croisées sont possibles avec certaines souches de Salmonelles.

Il importe toujours d'examiner les sérums des malades, en tenant compte des cinq sérotypes classiques. Le type I, de loin, est le plus fréquemment rencontré.

L'accord semble loin d'être fait sur le taux minimum à exiger : 1/200 est le chiffre que nous retiendrons, à l'instar de H.H.MOLLARET. Mais, il convient de toujours garder à l'esprit une notion capitale : celle de la labilité des anticorps, si bien que ceux-ci disparaissent, en l'absence de complications, au bout d'un temps variable fixé de 1 à 3 mois au maximum. C'est dire la nécessité de répéter les examens en vue d'assister à l'augmentation, puis la diminution du taux des anticorps. Le diagnostic d'infection à bacille de Malassez et Viganl suppose toujours au moins deux examens sérologiques. Ceux-ci seront pratiqués à une semaine d'intervalle. Plus que le chiffre atteint, est essentielle l'évolution du taux des anticorps. A distance du début d'une infection à bacille de Malassez et Vignal, si l'intradermoréaction est positive, le séro-diagnostic positif à 1/100, puis 1/50 les jours suivants, il ne saurait exister de doute quant au diagnostic.

Chez notre petit malade, les taux atteints furent très élevés : 1/5000, puis 1/2000, la semaine suivante.

Il faut retenir la valeur pronostique de la sérologie. On ne saurait parler de guérison tant que les taux augmentent ou restent stationnaires. La persistance d'un taux éleva d'anticorps au-delà des délais normaux doit faire envisager la possibilité d'une complication. L'on ne saurait donc assez souligner l'absolue nécessité de répéter les examens.

L'intradermoréaction est particulierement intéressante parce qu'elle est toujours très nettement positive. Elle est spécifique, et ne donne pas lieu à de fausses reactions positives, celles-ci se voyaient quand étaient utilises des filtrats de culture du bacille.

Actuellement on fait appel à des autolysats de bacille de Malassez et Vignal, lesquels donnent une réponse dans les 48 heures.

Il convient de souligner de nouveau les apaisements qu'en milieu chirurgical, une intradermoréaction positive, 48 heures après, son application, peut apporter.

Quant à la date d'apparition de la sensibilité cutanée, elle semble difficile à fixer puisque l'on ne saurait connaître avec exactitude, la date de début de la maladie.

La réaction dermique, elle-même, est toujours très nettement positive, très inflammatoire, indurée, sensible, et parfois, comme dans notre cas, recouverte de phlyctènes.

Il arrive que l'injection intradermique de l'antigène, s'accompagne d'une recrudescence des manifestations ganglionnaires.

Chez Michel ESP..., 24 heures apres l'administration de l'antigène par voie percutanée, il ne fut certes pas observé de recrudescence de l'érythème noueux. Mais une forte traînée lymphangitique, aboutissant à un ganglion épitrochléen, partait de la réaction dermique déjà remarquable par son intensité.

Un phénomène rapporté par M. BARON, H. LABBE et H.H. VOLLARET, dans les Archives Françaises de Pédiatrie (Tome XVIII - n°4) est à rapprocher de cette reaction chez notre petit malade. Il concerne une observation, au cours de laquelle, la pratique de l'intradermoréaction fut suivie, à deux reprises, d'une recrudescence, certes modérée, des signes cliniques avec une correspondance dans le temps telle que les auteurs évoquèrent mieux qu'une simple coïncidence. S'agissait-il, apres intra-

dermo-réaction, d'une reprise du syndrome ganglionnaire ?

Enfin, outre sa réelle valeur diagnostique, quand on l'associe à la sérologie, l'intradermoréaction permet des diagnostics rétrospectifs, car la sensibilité cutanée est durable plusieurs années. C'est dire l'utilité de l'intradermoréaction pour détecter des cas épidémiques.

-:-

TRAITEMENT

-:-

Dans toutes les formes d'infection à bacille de Malassez et Vignal, une arme thérapeutique reste, dant la grande majorité des cas, efficace :

la streptomycine.

Le germe est également sensible, mais à des degrés moindres, à la tifomycine.

Il existe cependant des souches resistantes à ces deux antibiotiques.

Dans l'érythème noueux, certains ont utilisé la corticothérapie . Celle-ci donnerait des résultats probants, dans les délais les plus brefs : 24 heures.

Dans le cas de notrepetit malade, aucune de ces thérapeutiques ne fut appliquée. Le temps d'affirmer la responsabilité du bacille de Malassez et Vignal, dans l'origine de l'érythème noueux, que celui-ci disparaissait, apres 6 jours d'un traitement pénicilline. C'est dire que le bacille semble sensible à bon nombre d'antibiotiques. Il reste toutefois de règle (l'origine de l'affection reconnue) de mettre le malade sous streptomycine. Grâce à celle-ci, la guérison totale est obtenue en moins d'une semaine, et de façon définitive.

-:-

CONCLUSIONS

-:-

Nous rapportons un cas d'erythème noueux à bacille de Malassez et Vignal. Celui-ci ne fut pas précédé de phenomènes digestifs. Il apparut isole, avec, tout au plus, des troubles rhino-pharyngés. Ceux-ci semblent corroborer certaines hypothèses, qui réservent à une localisation amygdalienne, le rôle de porte d'entrée à partir de laquelle, les germes déglutis, iraient, dans un second temps, coloniser les ganglions mésentériques.

L'infection à bacille de Malassez et Vignal fut prouvée grâce au séro-diagnostic. Celui-ci fut positif au 1/5000, lors du premier prélèvement ; puis à 1/2000 lors du second pratiqué une semaine après. Quant à l'intradermoréaction, elle s'avérait, au même moment, fortement positive, voire phlycténulaire, et s'accompagnait d'une importante réaction lymphoganglionnaire.

Le rôle du germe, dans le determinisme des syndromes infectieux, rhinopharyngés, et des nouures dermo-épidermiques fut largement démontré, grâce à ces deux examens.

Cette observation justifie pleinement l'attitude qui consiste, en présence de tout erythème noueux dont l'origine paraît discutable à évoquer de parti pris, une infection à ba-

cille de Malassez et Vignal, même quand les nouures dermo-épidermiques apparaissent isolées. L'infection à bacille de Malassez et Vignal revêt, en clinique, des formes multiples. Il est, maintenant vérifié, que l'érythème noueux répond à l'un de ses aspects.

Deux examens, simultanément mis en oeuvre, apportent la certitude de l'origine infectieuse :

. le sérodiagnostic,
. l'intradermo-réaction.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : St. THIEFFRY

Vu :
Le Doyen :
Signé : G.CORDIER

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

-:-

MOLLARET H.H.
Une nouvelle cause possible d'érythème noueux : le bacille de Malassez et Vignal (Pasteurella pseudotuberculosis)
Presse Médicale 1962, 70, n°42, p.1923

MOLLARET H.H. et BERTHON P.
Une épidémie due au bacille de Malassez et Vignal
Presse Médicale, 1962, 70, n°58 (8.XII) p.2570-2572

MOLLARET H.H.
Les infections par le bacille de Malassez et Vignal
Pathologie et Biologie
(à paraître en mai 1965)

MORGER R.
Zur "appendizitiscten form der Pasteurella pseudo-tuberculosis. Infektion beim Kind
Praxis 1962, 51, p.142-144

UNSTENSTOCK R.
Adenite mesentérique et érythème noueux dus au bacille de Malassez et Vignal (Pasteurella pseudo-tuberculosis)
Le Limousin Médical,1963, n°46 (sept.) p.15-20

A paraître également dans le Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud Ouest.

M. BARON, G. LABBE, H.H. MOLLARET
Invagination intestinale et adénite mésentérique. Un cas dû à une adénite à Pasteurella pseudo-tuberculosis
Archives Françaises de Pediatrie
Tome XVIII, n°4 1961

Le cas du ganglion épitrochléen du 1er malade du Pr. MALLET, paru dans Les Archives Françaises de Pédiatrie A propos des formes tumorales.

-:-